ITEM 071 : TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Conduite alimentaire : versant comportemental des mécanismes de régulation énergétique et nutritionnelle, sous l'influence de facteurs physiologiques, psychologiques, comportementaux et environnementaux.
Trouble du comportement alimentaire (TCA) = perturbation significative et durable du comportement alimentaire, trouble de la perception de l'image corporelle et obsessions quant au poids/à l'alimentation.
Classification des TCA :
- Anorexie mentale : Restrictive pure **ou** Avec crise de boulimie et/ou avec conduite de purge.
- Boulimie : sans vomissement ni purgatifs **ou** Avec vomissement ou purgatifs.
- Hyperphagie boulimie ou accès hyperphagique.
- Autres : mérycisme, pica, *Night Eating Syndrom*, TCA non spécifiés.

Etiopathogénie mal connue :
- Facteur de vulnérabilité : **terrain génétique/biologique** (système sérotoninergique et hormonal), **socioculturel** (idéal de minceur), **familial** (agrégation familiale, forte hérédité, environnement partagé), trait de personnalité, événement de vie.
- Facteur déclenchant : **régime alimentaire strict, événement de vie, puberté et œstrogènes, séparation.**
- Facteur renforçant : **déséquilibre biologique** induit par le trouble, **bénéfices relationnel et psychologique** (gratification de l'entourage, sensation de mieux être).

Troubles psychiatriques associés :
- Conduites addictives (alcool, tabac…)
- Troubles de l'humeur (syndrome dépressif).
- Troubles anxieux.
- Idées suicidaires.
- Troubles de la personnalité (borderline [crise boulimie] obsessionnel, anxieux-évitant ou dépendant [anorexie restrictive]).

ANOREXIE MENTALE

- Prévalence = **1,4 % chez les femmes et 0,2 % chez les hommes**, débute dans 85 % des cas entre 15 et 25 ans (âge en ↘) avec 2 pics à 14 et à 18 ans, âge moyen 17 ans.
Anorexie précoce à partir de 6-7 ans : 10 % < 10 ans, et anorexie tardive > 25-30 ans.
- Prédominance féminine (H/F=1/10), plus fréquent chez les caucasiennes, à niveau socio-économique moyen/aisé.
- Mortalité élevée = **5 % à 10 ans** avec un risque de **1 %/an**, trouble psychiatrique le plus à risque de suicide.
- 2 types : **. Type restrictif pur** : restriction alimentaire ± hyperactivité physique → évolue souvent vers une forme purgative.
. Type avec crises de boulimie et/ou **vomissements, diurétiques ou laxatifs**.
- Symptômes principaux (3A) : Anorexie – Amaigrissement – Aménorrhée.

SYMPTOMATOLOGIE

- Début surtout chez les adolescents, souvent au moment de l'apparition des transformations corporelles de la puberté.
- Mode d'entrée possible sous forme d'un **régime restrictif** (du fait d'un léger surpoids pré-morbide).
- Groupe à risque : **sportif, mannequin, danseur**…
- Association de : anorexie, amaigrissement, aménorrhée.
- Déni fréquent, avec rationalisation de la perte de poids.

Perte de poids

- Poids < 15 % du poids normal, IMC < 18 (adulte en fin de croissance).
- Plus ou moins rapide, banalisée par la patiente, volontaire ou provoquée.
- Associée à un sentiment de réassurance initiale, une impression d'absence de fatigue, d'euphorie +/- de toute puissance.
- Stratégies palliatives à la prise de poids : **exposition au froid, augmentation de l'exercice physique, potomanie.**
- **Restrictions quantitatives et qualitatives, sélectives** avec évitement des aliments caloriques → **règles inflexibles.**

Conséquences

- **Effacement des aspects sexués du corps.**
- **Troubles trophiques** : **altération des phanères** (peau sèche, ongles cassants, chute de cheveux), **hypertrichose, lanugo, acrocyanose, œdèmes carentiels, risque d'escarre,** pâleur.
- **Hypométabolisme** : **hypotension, bradycardie, hypothermie.**

Autres stratégies de contrôle du poids

- **Hyperactivité physique, exposition accrue au** froid (n'est pas une conduite purgative).
- **Vomissements provoqués** : plus fréquent, pratiquement spontanés après quelques mois, risque **d'hypokaliémie.**
- **Prise de laxatifs** (fréquent) : **troubles digestifs**, risque **d'hypokaliémie.**
- **Prise de diurétiques** : risque de **troubles ioniques** et **d'insuffisance rénale fonctionnelle.**
- Autres médicaments : **coupe-faim, hormone thyroïdiennes, dérivés d'amphétamines…**
- **Potomanie** = consommation excessive, souvent compulsive, de liquide non calorique : objectif de purification et de remplissage, risque **d'hyponatrémie, convulsions, coma.**

Distorsions cognitives

- **Absence de conscience du trouble** (insight), **déni, restriction mise sur le compte de plainte somatique (douleur abdominale, trouble du transit…)**
- **Perturbation de l'image du corps = dysmorphophobie** : se ressent trop gros malgré un poids en dessous de la normale.
- **Croyances erronées** sur le fonctionnement digestif et les aliments.
- **Anomalies neuropsychologiques des fonctions exécutives.**

	Aménorrhée	= Primaire ou secondaire (le + souvent), par hypogonadisme d'origine hypothalamique liée à l'hypoleptinémie, avec anovulation et donc **infertilité** associée. - Parfois **absente au début du trouble.** - Possiblement **masquée par un traitement œstroprogestatif.** - Souvent vécue comme sans importance par la patiente. → **Facteur de gravité.**
	Traits associés	- Traits obsessionnels fréquents (perfectionnisme, ascétisme, perte de flexibilité, recherche de contrôle). - Surinvestissement intellectuel (au détriment des autres champs relationnels et affectifs). - Altération de la sexualité : désinvestie ou hyperactive.
	Critères DSM-5	- Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas. - Peur intense de prendre du poids et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale. - Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), faible estime de soi (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle), ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle. → **Type restrictif :** au cours des 3 derniers mois : la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif. → **Type accès hyperphagique/purgatif :** au cours des 3 derniers mois : présence de crises d'hyperphagie récurrentes et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs.
RETENTISSEMENT MÉDICAL		- **Ostéoporose** : carence en vitamine D, en calcium, et hypercatabolisme osseux par carence oestrogénique, retard de croissance. - **Amyotrophie.** - **Œdèmes carentiels** (10 %) : syndrome de Kwashiorkor avec hypoalbuminémie. - **Troubles hydro-électrolytiques : hyponatrémie**, **hypokaliémie**, **hypocalcémie, hypophosphatémie, hypoMg, carence Zn et Cu, augmentation cholestérol total et LDL-C.** - **Insuffisance rénale fonctionnelle.** - **Hypoglycémie**, avec **malaise** et **perte de connaissance.** - **Anémie carentielle** (**fer, B9, B12**) dans 15 % des cas. - **Thrombopénie, leucopénie, neutropénie** et **lymphopénie, trouble de l'immunité cellulaire** (**risque infectieux** majoré). - Aménorrhée, baisse de la fertilité, augmentation prématurité et mortalité périnatale. - Atteintes cardiovasculaires : **trouble du rythme** (arythmie, bradycardie extrême, ACR, secondaires aux troubles hydroélectrolytiques), **hypotension, anomalies cardiaques échographiques.** - Troubles digestifs : **brûlures œsophagiennes, Sd de Mallory-Weiss, achalasie, rupture œsophagienne, retard à la vidange gastrique, hypertrophie parotidienne**, **érosions dentaires**, **alcalose métabolique, hypokaliémie** (vomissement) ; constipation avec prolapsus rectal, syndrome de la pince aorto-mésentérique, dilatation aigue de l'estomac (si crise boulimie), translocation bactérienne**.** - **Cytolyse hépatique (présente dans la dénutrition ET la renutrition).** - **Neurologique :** élargissement des espaces cérébrospinaux, dilatation des ventricules latéraux, atrophie cérébrale. - Pollakiurie, incontinence urinaire, infections urinaires**.** - Plainte fonctionnelle digestive. - Psychiatrique : majoration anxiété et dépression, insomnie, phobies ou obsessions, addictions, TS.
DD	Trouble organique (anorexie et hypercatabolisme)	- **Tumeurs : cérébrale (**tumeur du tronc cérébral, craniopharyngiome), **leucémie** et autres. - Maladie infectieuse : **VIH, tuberculose.** - Maladie digestive : **maladie de Crohn, achalasie de l'œsophage, maladie cœliaque.** - Endocrinien : **hyperthyroïdie, diabète, pan-hypopituitarisme, insuffisance surrénale.**
	Trouble psychiatrique	- **Trouble obsessionnel-compulsif.** - **Trouble psychotique chronique** : schizophrénie (idée délirante d'empoisonnement, forme hébéphrène…) - **Phobie alimentaire.** - **Trouble dépressif caractérisé majeur.** - **Trouble de la personnalité** : surtout **état-limite**, **évitant** ou **obsessionnelle.** - **Autres TCA** : troubles de restriction ou d'évitement de l'ingestion des aliments (ARFID).
PEC		Prise en charge nutritionnelle ET psychiatrique : - **Multidisciplinaire (somaticien et psychiatre)**, **ininterrompue** et **prolongée** ≥ **1 an** après rémission minimum.
	Bio	- Bilan standard : **NFS, ionogramme complet, urée, créatinine, clairance de la créatinine, CRP, TP, TCA.** - Bilan métabolique : **calcémie, phosphorémie, 25-OH-vitamine D.** - **Bilan hépatique** : **ALAT, ASAT, PAL, TP-TCA.** - Bilan nutritionnel : **albumine, préalbumine (= transthyrétine).** - **TSH** (si doute sur hyperthyroïdie).
	PC	- **ECG** : recherche de trouble du rythme, signes d'hypokaliémie. - **Ostéodensitométrie** si **> 6 mois** de troubles, puis tous les **2 ans** si troubles persistants. - **Imagerie cérébrale** à discuter.

COMPLICATIONS	Digestives		- Hypertransaminasémie : signe de gravité : . Le plus souvent modérée < 10N. . Mais parfois sévère > 10N avec insuffisance hépatocellulaire. - Syndrome de la pince aortomésentérique : rare, si perte de poids rapide. - Dilatation aiguë de l'estomac. - Prolapsus rectal. - Bactériémie sur translocation bactérienne en cas de fécalome secondaire à la constipation.
	Hémodynamiques et cardiaques		- HypoTA sévère. - Bradycardie avec allongement du QT. - Arrêt cardiaque. - Anomalies cardiovasculaires échographiques : prolapsus valve mitrale, diminution de la masse cardiaque, insuffisance cardiaque et épanchement péricardique.
	Neurologiques		- Ralentissement psychomoteur. - Élargissement des espaces cérébrospinaux externes. - Dilatation des ventricules latéraux. - Atrophie cérébrale.
	Rénales, hydro électrolytiques, métaboliques		- Insuffisance rénale fonctionnelle. - Hypokaliémie : liée aux vomissements, aux laxatifs ou diurétiques : . Associée à la bradycardie et à l'allongement du QT, risque de troubles du rythme et de mort subite. - Hyponatrémie : potomanie, laxatifs, diurétiques. Troubles de la conscience, coma, crise convulsive. - Hypophosphorémie. - Déshydratation, hyper natrémie. - Hypoglycémie. - Alcalose hypochlorémique. - Hypomagnésémie. - Cholestérol total et LDL inversement corrélés à l'IMC. - Carence zinc, sélénium et cuivre.
	GO		- Aménorrhée primaire ou secondaire. - Fertilité diminuée. - Augmentation des taux de prématurité et de la mortalité périnatale.
	Osseuses		- Ostéopénie, ostéoporose, fracture. - retard de croissance et retard pubertaire.
	Hématologiques		- Leucopénie, thrombopénie, anémie normocytaire arégénérative (par carence, hypoplasie médullaire, transformation gélatineuse de la moelle). - Perturbations de l'immunité cellulaire, baisse du complément.
	Évolution		- Mortalité : suicide ou liée aux complications médicales. - Chronicité : > 5 ans d'évolution ou enkystement du trouble. - Sous traitement : 50 % rémission complète, 30 % rémission partielle et 20-30 % forme chronique ou décès. - Rechutes (30-50 % de rechutes dans l'année suivant une hospitalisation).
PEC	CRITÈRES D'HOSPITALISATION	→ Hospitalisation libre, sous contrainte (accord parental ou ASPDT), voire OPP si refus des parents et risque vital.	
		Gravité clinique	- **Perte de poids ≥ 20 % en 3 mois chez l'adulte** ou > 2 kg/semaine chez l'adolescent ou **IMC < 14.** → Hospitalisation en USI si IMC < 12. - **Malaises**, **chutes** ou **perte de connaissance.** - **Vomissements incoercibles.** - **Échec de la renutrition ambulatoire.** - **Restriction extrême** (refus de manger ou boire). - **Amyotrophie** importante avec **hypotonie axiale.** - **Déshydratation.** - **Hypothermie < 35 °C** ou **hypotension < 90/60.** - **Bradycardie < 40/min** ou **tachycardie de repos > 60/min** si IMC < 13.
		Gravité paraclinique	- **Anomalie ECG.** - **Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L** ou **asymptomatique < 0,3 g/L.** - **ASAT** ou **ALAT > 10N.** - Trouble hydro-électrolytique : . **Hypokaliémie < 3.** . **Hyponatrémie < 125** ou **hypernatrémie > 150.** . **Hypophosphorémie < 0,5.** . **Hypomagnésémie.** - **Insuffisance rénale < 40 mL/min.** - **Leucopénie < 1 G/L** ou **neutropénie < 0,5 G/L.**

		Psy	- **Risque suicidaire, automutilations répétées.** - **Comorbidité psychiatrique** sévère (dépression, abus substance, anxiété sévère, psychose, TOC). - **Idéations obsédantes intrusives, incapacité à contrôler les obsessions.** - **Incapacité à contrôler les comportements compensatoires**. - **Nécessité d'une renutrition par SNG.**
		Social	- **Échec de prise en charge ambulatoire.** - **Patient peu coopérant**, motivation insuffisance, soins ambulatoires difficiles. - **Entourage indisponible** : problèmes familiaux, ø famille, épuisement familial. - **Stress environnemental** (critiques, isolement).
	Réalimentation		- Proposer une **alimentation normale en augmentant les apports alimentaires de façon progressive pour éviter SRI**, limiter les apports hydriques à **1 L/jour.** - **Supplémentation systématique en phosphate.**
	Aspect psycho-thérapeutique		But : favoriser l'adhésion aux soins, accepter la renutrition, corriger les distorsions cognitives et attitudes dysfonctionnelles, renforcer l'estime de soi, améliorer les relations interpersonnelles. - **Thérapie cognitivo-comportementale** principalement : efficacité prouvée. - **Psychothérapie de soutien** systématique**.** - **Thérapie familiale** surtout chez l'enfant/adolescent. - Autre : **entretien motivationnel**, **thérapie systémique**, **thérapie psychanalytique, approches corporelles…** ➝ Maintenue au moins **1 an** après amélioration clinique significative.
	TTT psycho-pharma-cologique		➝ Aucun traitement spécifique de l'anorexie mentale : PEC des comorbidités psychiatriques. **Antidépresseur** si trouble dépressif caractérisé, TOC ou trouble anxieux : uniquement si non amélioré par la reprise pondérale ou secondaire à la reprise pondérale. - !! EI avec allongement du QT. - !! Après avoir atteint un poids minimal requis (inefficace si poids très bas).
	Aspect nutritionnel	**Renutrition**	**Syndrome de renutrition inappropriée** = Rupture de l'équilibre métabolique, adapté à la dénutrition sévère, avec augmentation du métabolisme glucidique (surtout en cas d'apport massif de glucose IV), consommation accrue de phosphore et d'ATP et entrée intracellulaire de magnésium, de calcium et potassium. - Biologie : **. Cytolyse hépatique (> 10 N) avec risque insuffisance hépato-cellulaire.** **. Hypophosphorémie, hypokaliémie, hypomagnésémie, hypocalcémie.**

BOULIMIE

- **Prévalence = 1,9 % chez les femmes et 0,6 % chez les hommes**, prédominance féminine (H/F = 1/10), surtout entre 16 et 25 ans, âge de début plus tardif que l'anorexie mentale, nette augmentation de l'incidence ces dernières années.
- Mortalité = 2 %/10 ans d'évolution.

SYMPTOMATOLOGIE	**Début**	- Dans les suites d'un régime restrictif et/ou à la suite de vomissements. - Secondairement à un traumatisme ou une perte.
	Crise de boulimie	- Débute par un **craving** : compulsion irrépressible et angoissante de faim. - **Absorption d'une quantité anormalement élevée et rapide d'aliments**, très difficile à contrôler, principalement **hypercaloriques** (gras et sucrés), sur une période de temps limitée (typiquement < 2 h), responsable d'un sentiment de soulagement. - Sentiment de perte de contrôle. - Fin de la crise par des **vomissements provoqués (si forme avec compensation)**, avec **sensation de soulagement** (lutte contre la prise de poids et la pesanteur gastrique), avec souvent une **fatigue intense avec somnolence.** - **Sentiment de culpabilité** au décours.
	Stratégies de contrôle du poids - compensatoires	- **Vomissements provoqués** : la plus fréquente, mais non systématique, généralement cachés. - **Consommation de laxatifs** ou de **diurétiques.** - **Restriction alimentaire inter-crise**, visant à compenser les apports caloriques des crises. - **Exercice physique intensif.** - **Poids normal**, avec des **fluctuations pondérales rapides** (± 2-5 kg/semaine).
	Traits associés	- Symptômes anxio-dépressifs, trouble anxieux généralisé ou épisode dépressif caractérisé. - Tentatives de suicide fréquentes. - Troubles addictifs et des troubles du contrôle des impulsions (auto-mutilations, kleptomanie…) - Trouble de la personnalité de type borderline. - Forte impulsivité et difficultés dans la gestion des émotions. - Dysfonction sexuelle.

	Retentissement médical	- **Dysménorrhée** secondaire ou troubles des cycles menstruels. - **Syndrome pseudo-occlusif, paralysie du côlon.** - Conséquences des vomissements répétés : **hypertrophie des glandes salivaires, érosions dentaires, œsophagite peptique, syndrome de Malory-Weiss, déshydratation extracellulaire, hyperamylasémie, paralysie du colon.** - **Prise de poids**, exceptionnellement **obésité.** - Troubles hydro-électrolytiques : **hyponatrémie, hypokaliémie, hypocalcémie, alcalose métabolique.** **- Ostéoporose.** - **Insuffisance rénale fonctionnelle, œdèmes.** - **Néphropathie tubulo-interstitielle, lithiases rénales.** - **Carence en vitamine B1.**
	Critères DSM-5	A - Survenue **d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée** : absorption alimentaire largement supérieure à la moyenne **en < 2 h**, avec impression de perte de contrôle et impossibilité de s'arrêter. B - Mise en œuvre de **comportements compensatoires** visant à éviter la prise de poids : vomissements provoqués, prise de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif, exercice physique. C - Fréquence moyenne **≥ 1/semaine** sur une période durant > **3 mois.** D - **Perturbation excessive de l'estime de soi** par la forme du corps et le poids. E - Ne survient pas exclusivement au cours d'un épisode d'anorexie mentale. Sévérité : . Légère : 1 à 3. . Modérée 4 à 7. . Sévère 8 à 13. . Extrême ≥ 14.
DIAGNOSTIC	DD	Médical : - Neurologique : **tumeur cérébrale, épilepsie.** **- Syndrome de Klein-Levin** (hypersomnie périodique avec hyperphagie). - **Syndrome de Klüver-Bucy** (agnosie visuelle, hyperoralité, hypersexualité, hyperphagie). Psychiatrique : - **Épisode dépressif caractérisé atypique.** - **Trouble de la personnalité borderline.** - **Hyperphagie boulimique** : absence de comportement compensateur → **obésité.** - **Anorexie mentale de type accès hyperphagiques/purgatif.**
PRISE EN CHARGE	**Aspect somatique**	- Surveillance clinique et paraclinique (notamment troubles ioniques).
	Aspect psycho-thérapeutique	Soutien fiable et bienveillant : thérapie de soutien. But : favoriser l'adhésion aux soins, réintroduire la notion de plaisir dans l'alimentation, corriger les distorsions cognitives et les attitudes dysfonctionnelles (notamment le renforcement négatif), apprendre les signes annonciateurs de crise et les techniques pour y remédier (désamorçage). - **Thérapie cognitivo-comportementale** : 40 % de rémission, utilisation d'observations comportementales (carnet alimentaire) et des crises induites. - **Psychoéducation, affirmation de soi.** - Autres : **psychothérapie de soutien, entretien motivationnel, thérapie d'inspiration psychanalytique, thérapie familiale ou systémique.**
	Aspect psycho-pharmacologique	- **Antidépresseur ISRS** : **fluoxétine** 60 mg/j, à dose plus élevée que dans le trouble dépressif caractérisé, efficacité modérée pour diminuer les crises de boulimie, surtout lorsque la mise en place d'une TCC n'est pas possible. - Correction de l'hypokaliémie.
	Aspect nutritionnel	- **Travail nutritionnel** et **diététique = rééducation nutritionnelle** : possible phase de renutrition initiale, alimentation selon des schémas réguliers avec une alimentation diversifiée et suffisante, modération alimentaire, réapprentissage alimentaire.
	PEC à moyen et long terme	- **Suivi régulier et prolongé** : contrôle du poids, état nutritif, état médical et psychologique. - **Psychothérapie** poursuivie de façon prolongée (risque de rechute important). - Aide non médicale : soutien et étayage de la famille, **association de malades ou de familles de malade, groupe de soutien**…

HYPERPHAGIE BOULIMIQUE

- **Hyperphagie boulimique** ou ***Binge Eating Disorder*** : récurrence de crise de boulimie sans conduite compensatoire destinée à un contrôle de poids.
- Concernerait 30-50 % des sujets obèses.
- Prévalence : femme = 2,8 **%** et hommes = 1 % une prédominance féminine moins marquée (2/1 ou 3/2).

SYMPTOMATOLOGIE	**Début**	- Dans l'enfance. - Traumatisme ou abus sexuel.
	Crise de boulimie	- Phénomène de **craving** très important : sensation de faim compulsive et irrépressible. - **Absorption d'une quantité anormalement élevée**, avec **sentiment de perte de contrôle : grandes quantités, y compris d'aliments non plaisants (ce qui lui tombe sous la main).** - Crise souvent **en cachette.** - **Sentiment intense et douloureux de culpabilité.** - **Conscience du trouble** avec **souffrance psychique** importante. ➝ Aucune stratégie de purge ou de comportement compensatoire.
	Traits associés	- Symptômes anxio-dépressifs, trouble anxieux généralisé ou épisode dépressif caractérisé. - Troubles addictifs et troubles du contrôle des impulsions (auto-mutilations, kleptomanie…) - Troubles de la personnalité. - Forte impulsivité et difficultés dans la gestion des émotions. - Dysfonction sexuelle.
DIAGNOSTIC	Critères DSM-5	A - Survenue **d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée** : prises alimentaires largement supérieure à la moyenne en < 2 h, avec impression de perte de contrôles et impossibilité de s'arrêter. B - ≥ 3 éléments : - Prise alimentaire beaucoup plus rapide. - Prise alimentaire jusqu'à sensation de trop-plein abdominal désagréable. - Absorption de grandes quantités d'aliments sans sensation de faim. - Prises alimentaires solitaires du fait de la gêne occasionnée. - Sensations de dégoût de soi, de dépression ou de culpabilité après avoir mangé. C - **Sentiment de détresse, de dégoût de soi** en lien avec l'existence de l'hyperphagie. D - Épisodes **≥ 1/semaine** pendant **> 3 mois** consécutifs. E- **Absence de comportement compensatoire.**
	Retentissement médical	- Troubles digestifs : halitose, reflux gastro-œsophagien, ballonnements et douleurs abdominales, alternance diarrhée-constipation. - Stéatose hépatique. - Répercussions indirectes de l'obésité. - Mauvais états nutritionnels, +/- dénutrition. - Hypofertilité +/- infertilité.
	DD	- Tumeurs cérébrales, épilepsie, syndrome de Kleine-Levin et syndrome de Klüver-Bucy. - Boulimie. - Obésité métabolique ou génétique. - Épisode dépressif caractérisé et troubles bipolaires. - Troubles de la personnalité de type borderline et évitante-dépendante.
TTT	- **Psychothérapie** : **thérapie cognitivo-comportementale** principalement, thérapie de soutien. - Prise en charge nutritionnelle et médicale de l'obésité.	

AUTRES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

PICA	PICA = **Ingestion répétée de substances non alimentaires** (plâtre, sable, plomb, cailloux…) pendant une période ≥ 1 mois. - Principalement chez le jeune enfant. - Carence martiale ou en zinc. - Négligence, trouble de l'attachement ou trouble neuro-développemental sévère.
MERYCISME	Mérycisme = **Régurgitations répétées de nourriture** pendant une période ≥ 1 mois : aliments remastiqués, ré-avalés, recrachés. Pas de nausée, pas d'affection somatique expliquant la régurgitation. - Peu fréquent, touche plus les garçons que les filles, le plus souvent chez les nourrissons (de 3 mois à 1 an).